PLAN DES SERVICES DE RÉADAPTATION

GUIDE DE L'UTILISATEUR
ÉCHELLE DE CLASSEMENT DES PRIORITÉS

Nouveau Brunswick
Santé et
Services communautaires

Septembre 1997

Table des matières

1.0 Introduction 1
- 1.1 Objectif 1
- 1.2 Cadre conceptuel 1
- 1.3 Intégration avec les autres initiatives prioritaires au Nouveau-Brunswick 2
- 1.4 Population desservie 2
- 1.5 Fiabilité et validité de l'ÉCP 3
  - 1.5.1 Méthode permettant d'établir la validité du contenu de l'ÉCP 4
  - 1.5.2 Méthode permettant d'établir la validité intrinsèque de l'ÉCP 4
- 1.6 Information additionnelle sur l'ÉCP 5

2.0 Marche à suivre pour la définition du problème principal énoncé 7
- 2.1 Que signifie le terme « principal »? 7
- 2.2 Étapes de la démarche pour la définition du problème principal énoncé 8
- 2.3 Liens entre le problème principal énoncé et la note totale de l'ÉCP 10
- 2.4 Exemples de problème principal énoncé selon les professions 11

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions 17
- 3.1 Répercussion du problème énoncé 17
  - 3.1.1 Soins personnels 17
  - 3.1.2 Productivité 18
  - 3.1.3 Loisirs 20
- 3.2 Résultats escomptés de l'intervention 22
  - 3.2.1 Données de recherche 22
  - 3.2.2 État de santé général 23
- 3.3 Conséquences d'un retard dans la prestation du service 24
  - 3.3.1 Sécurité physique 24
  - 3.3.2 Possibilité de maximiser la capacité fonctionnelle 26
  - 3.3.3 Détérioration ultérieure de la capacité fonctionnelle 27

4.0 Lignes directrices pour la collecte de données au moment de l'admission 31
- 4.1 Description du problème principal énoncé ou potentiel 31
- 4.2 Répercussions du problème principal énoncé ou potentiel 31
- 4.3 Résultat escompté de l'intervention 33
- 4.4 Conséquences d'un retard dans la prestation du service 33

5.0 Lignes directrices pour la notation de l'ÉCP 35
- 5.1 Conséquences du problème principal énoncé 35
- 5.2 Résultats escomptés de l'intervention 36
- 5.3 Conséquences d'un retard dans la prestation du service 37

6.0 Processus de validation de l'ÉCP 39
- 6.1 Processus de validation de l'ÉCP 39
  - 6.1.1 Évaluation initiale de l'ÉCP 39
  - 6.1.2 Validation de l'ÉCP après la mise en oeuvre 40
- 6.2 Formulaire de validation de l'ÉCP 40
- 6.3 Évaluation officielle de l'ÉCP 40
- 6.4 Documentation additionnelle 41

Table des matières

Annexe A	Échelle de classement des priorités	43
Annexe B	Critères de sélection des éléments de l'ÉCP	45
Annexe C	Participants des groupes de travail par discipline	47
Annexe D	Participants à l'étude sur le terrain	53
Annexe E	Aperçu de l'échelle de classement des priorités (ÉCP)	55
Annexe F	Instructions pour la notation de l'Échelle de classement des priorités	59
Annexe G	Formulaire de validation de l'ÉCP	63
Annexe H	Bibliographie pour l'ÉCP	65

101-04821/

1.0 Introduction

1.1 Objectif [Pourquoi l'ÉCP a-t-elle été élaborée?]

L'Échelle de classement des priorités (ÉCP) est un instrument permettant d'établir de façon systématique le classement prioritaire des personnes qui nécessitent des services de réadaptation. Dans ce contexte, les services de réadaptation sont ceux dispensés par les audiologistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les orthophonistes. **L'ÉCP permettra de déterminer quelles sont les personnes qui ont davantage besoin de services de réadaptation par rapport aux autres.** L'application uniforme des facteurs prioritaires de l'ÉCP permettra d'offrir à l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick un accès équitable aux services de réadaptation. L'ÉCP permettra :

- d'assurer une meilleure responsabilisation
- d'accroître l'objectivité
- de soutenir la prise de décision des professionnels
- d'assurer une plus grande uniformité.

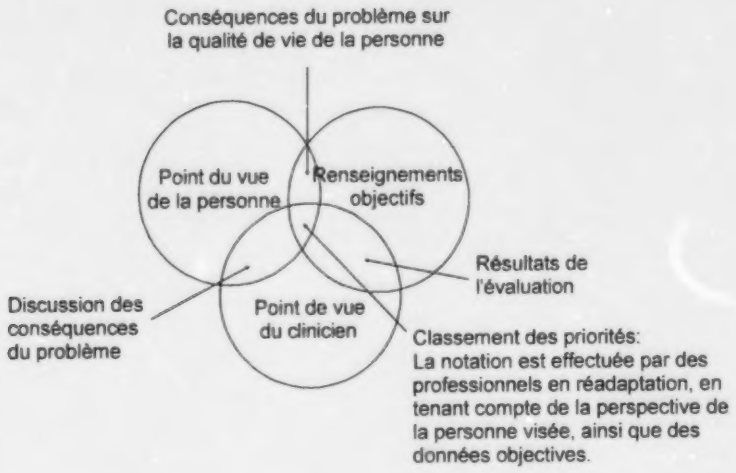
1.2 Cadre conceptuel [Quels sont les éléments mesurés par l'ÉCP?]

L'Échelle de classement des priorités mesure les besoins relatifs d'une personne pouvant nécessiter des services de réadaptation. Elle se fonde sur un cadre de détermination des priorités qui cherche à établir les besoins relatifs d'une personne en mesurant divers indicateurs, notamment : 1) répercussion du problème principal énoncé; 2) résultat positif escompté de l'intervention de réadaptation; et 3) conséquences d'un retard dans la prestation du service. Les trente-deux professionnels en réadaptation qui ont collaboré à l'élaboration de l'ÉCP ont déterminé que ces indicateurs de besoins étaient importants, quantifiables, souples, justifiables et axés sur la clientèle.

Le cadre d'établissement des priorités est fondé sur une approche axée sur le client. La note totale de l'ÉCP offre une perspective globale et reflète notamment le point de vue du client et du clinicien, de même que des renseignements objectifs. Le diagramme de la page suivante illustre comment le classement des priorités reflète ces trois perspectives.

1.0 Introduction

Figure 1 : Éléments du processus de classement des priorités



Note : Diagramme tiré d'un document du ministère de la santé de l'Alberta intitulé *A Priority Setting Framework for Community Rehabilitation Programs in Alberta Regional Health Authorities.*

1.3 Intégration avec les autres initiatives prioritaires au Nouveau-Brunswick

Orthophonie (ORT) : En 1994, la division Famille et services sociaux et communautaires du MSSC publiait un document intitulé *Pratiques recommandées : Services en orthophonie/Services de soutien à l'éducation et services communautaires destinés aux enfants ayant des besoins spéciaux.* Ce document, élaboré par un comité interministériel, comportait un instrument visant à permettre le choix des cas en orthophonie en fonction des critères suivants : 1) compétence en communication; 2) pronostic; et 3) partenariats et soutien. Ces critères ont été pris en compte par les orthophonistes lors du processus de validation de l'ÉCP par leur discipline respective.

1.4 Population desservie

L'ÉCP s'appliquera à un ensemble élargi de personnes dont les besoins en matière de services de réadaptation ont été établis. L'ÉCP sera complétée par les quatre groupes de professionnels en réadaptation suivants : audiologistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes et

orthophonistes. L'échelle s'applique aux demandes individuelles de services de réadaptation présentées à la réserve communautaire de ressources en réadaptation du Programme extra-mural et aux services ambulatoires en réadaptation. Les demandes qui ne se rapportent pas à une personne donnée seront gérées séparément (voir le document *Lignes directrices relatives à la prestation des services de réadaptation*, septembre 1997).

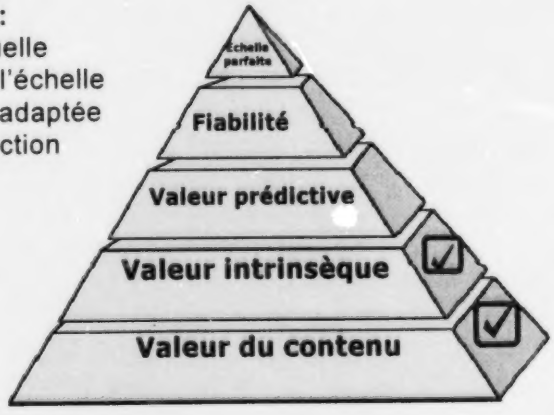
1.5 Fiabilité et validité de l'ÉCP

La version du Nouveau-Brunswick de l'Échelle de classement des priorités, présentée dans le document *Guide d'accès aux services de réadaptation*, a été élaborée en 1995-1996 par un groupe de travail réunissant des représentants du ministère de la Santé et des Services communautaires, des professionnels en réadaptation et d'autres intervenants. Dans sa version actuelle, l'Échelle de classement des priorités comporte les trois facteurs prioritaires suivants : 1) répercussion du problème principal énoncé; 2) résultats escomptés d'une intervention; et 3) conséquences d'un retard dans la prestation du service (voir annexe A).

Comme pour tout nouvel instrument de mesure, il importe de mettre en place une méthode visant à établir la fiabilité et la validité. Le diagramme suivant illustre les étapes nécessaires afin de disposer d'un instrument fiable et valable.

Processus de validation de l'ÉCP

Validité:
Dans quelle mesure l'échelle est-elle adaptée à sa fonction



de validité acceptable au plan du contenu et de la valeur intrinsèque. On trouvera dans la section suivante une description du processus appliqué afin d'établir la validité de l'ÉCP.

1.5.1 Méthode permettant d'établir la validité du contenu de l'ÉCP

Processus de validation par discipline : La version de l'ÉCP présentée dans ce document a été élaborée grâce à la collaboration de trente-deux professionnels en réadaptation provenant des huit corporations hospitalières de la province. **Les membres des groupes de travail formés pour chacune des disciplines** ont participé à une série de rencontres en vue d'établir un consensus progressivement plus large. Une prospection d'idées a tout d'abord été réalisée et un ensemble de facteurs prioritaires provisoires ont été établis en vue de déterminer le besoin relatif de la clientèle en matière de services de réadaptation. Par la suite, les participants des groupes de travail de chaque discipline ont appliqué des critères de sélection afin de réduire le nombre de facteurs retenus (voir les critères de sélection des éléments de l'ÉCP à l'annexe B). Après avoir préparé une version provisoire de l'ÉCP, les participants des groupes de travail des diverses disciplines ont ajouté des éléments se rapportant à leur propre discipline afin de mieux définir et illustrer le guide d'utilisation de l'ÉCP. Les participants des divers groupes de travail ont également analysé la méthodologie de notation de l'ÉCP afin d'en établir le caractère approprié. (Note : La liste des membres des divers groupes de travail est fournie à l'annexe C).

1.5.2 Méthode permettant d'établir la validité intrinsèque de l'ÉCP

Des professionnels en réadaptation provenant de toutes les régions de la province ont été recrutés afin de participer à une étude sur le terrain de l'ÉCP (voir annexe D). L'un des objectifs de cette étude était de déterminer la valeur intrinsèque de l'ÉCP. À partir d'observations écrites, les participants ont convenu que la

note de l'ÉCP représentait fidèlement le niveau relatif des besoins de la clientèle diversifiée incluse dans l'étude.

1.0 Introduction

L'élaboration de l'ÉCP s'est faite jusqu'ici dans le cadre d'une démarche de collaboration, et continuera de faire appel aux professionnels en réadaptation au fur et à mesure que se poursuivra le processus de validation. On trouvera dans la Section 6.0 du présent guide une description du processus continu de validation de l'ÉCP.

1.6 Information additionnelle sur l'ÉCP

Voir lànnexe E pour en savior davantage sur l'utilisation de l'ÉCP.

2.0 Marche à suivre pour la définition du problème principal énoncé

La première étape de l'ÉCP consiste à déterminer le problème principal énoncé. Il s'agit de décrire l'incapacité fonctionnelle *actuelle* de la personne, ou son incapacité fonctionnelle *potentielle* dans un domaine particulier pour une période ne dépassant pas les 12 prochains mois.

2.1 Que signifie le terme « principal »?

Il est évident qu'un grand nombre de personnes sont susceptibles de présenter de multiples besoins en matière de services de réadaptation, lesquels pourraient nécessiter des approches d'intervention variées. Dans ces cas, le professionnel en réadaptation doit fonder la notation de l'ÉCP sur les éléments suivants : 1) le **principal** problème de la personne; 2) le **principal** domaine fonctionnel en cause; et 3) l'objectif **principal** prévu de l'intervention. La note de l'ÉCP est fondée à la fois sur le principal problème, les incidences fonctionnelles principales et l'objectif principal visé par l'intervention. Le professionnel en réadaptation ne tiendra compte que du problème principal énoncé pour déterminer l'importance du besoin de la personne. La personne sera peut-être confrontée à d'autres problèmes, mais la note de l'ÉCP ne doit se fonder que sur un seul problème principal énoncé ou potentiel. Cela n'empêche en rien le professionnel en réadaptation d'élaborer des objectifs secondaires visant à répondre à d'autres besoins.

Un exemple peut permettre d'illustrer l'importance accordée à la définition du problème principal énoncé. Une demande de service est présentée en ORT pour un enfant ayant un retard de développement, ainsi que de la difficulté à avaler et à communiquer avec d'autres enfants. L'intervention primaire ou principale visera vraisemblablement le trouble de déglutition, étant donné qu'il s'agit d'une activité essentielle à la vie qui nécessite une intervention immédiate.

Certains cas peuvent être plus difficiles à établir. Certaines demandes de services d'orthophonie peuvent mettre en cause de multiples aspects de la fonction de communication. Dans certaines situations, il peut y avoir deux domaines qui semblent d'égale importance au plan de la capacité fonctionnelle, par exemple la « parole » (articulation, phonologie) et le « langage ». **Si les deux domaines semblent d'importance égale** et **s'ils sont traités dans le cadre d'une même intervention**, il peut être approprié et judicieux de les considérer conjointement comme le

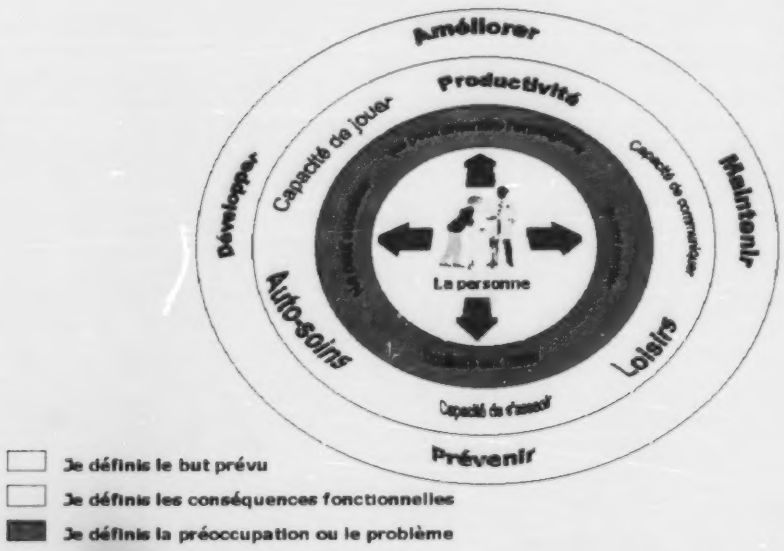
problème principal énoncé.

2.0 Marche à suivre pour la définition du problème principal énoncé

Prenons l'exemple d'une demande faite dans le cas d'un enfant ayant deux problèmes à la fois, dont l'un est lié à la phonologie et l'autre au langage. Dans ce cas, l'intervention visera à « favoriser l'articulation intelligible d'énoncés formés de deux mots dans le contexte des activités quotidiennes ». L'aspect « parole » et l'aspect « langage » sont ici tous les deux traités. Le problème énoncé peut être résumé comme suit : « l'enfant ne peut exprimer ses besoins et ses désirs fondamentaux ». Lorsque seule la « parole » est touchée, ou lorsque la « parole » est, de toute évidence, le problème principal énoncé, le problème pourrait être décrit comme suit : « l'enfant ne peut parler de façon intelligible ». Si seul le « langage » est touché, ou si le « langage » est de toute évidence le problème principal énoncé, ce problème pourrait être décrit comme suit : « l'enfant ne peut produire une phrase simple ou des associations verbales simples ».

2.2 Étapes de la démarche pour la définition du problème principal énoncé

Cette section du Guide décrit les diverses étapes nécessaires à la définition du problème principal énoncé. Le graphique suivant illustre ces étapes. Le processus débute au centre même du cercle avec le problème principal de la personne.



17

2.0 Marche à suivre pour la définition du problème principal énoncé

ÉTAPE 1 - Déterminer la préoccupation ou le problème particulier :
(Description faite par la personne du problème ou de la préoccupation)

Pour définir le problème principal, la première étape consiste à noter *la préoccupation ou le problème particulier qui a porté la personne à demander une aide dans votre domaine professionnel.* La préoccupation ou le problème pourrait par exemple être « douleurs aux mains », « incapable de garder l'équilibre » ou « mon bébé ne semble pas comprendre ce que je lui dis ». **Signalons que la description faite par la personne comprend également les observations des dispensateurs de soins, du personnel enseignant ou de la famille dans tous les contextes.**

ÉTAPE 2 - Relier la préoccupation ou le problème à une conséquence fonctionnelle donnée :
(Conséquences pour la capacité de la personne à...)

Pour définir le problème principal, la deuxième étape consiste à mettre en rapport la préoccupation ou le problème de la personne avec un domaine particulier de conséquences fonctionnelles. La préoccupation peut être mise en rapport avec la capacité fonctionnelle ou la possibilité pour la personne d'effectuer les activités nécessaires en vue de réaliser ses désirs, de satisfaire ses besoins, de transformer son environnement ou de s'adapter à son milieu. La description de la capacité fonctionnelle de la personne peut être établie à partir de trois sources : 1) informations dénotant le point de vue de la personne; 2) opinion clinique; et 3) données objectives provenant de sources secondaires. Une fois la préoccupation exprimée par rapport à la capacité fonctionnelle de la personne dans un domaine précis, les objectifs ou l'approche de l'intervention de réadaptation peuvent alors être considérés.

2.0 Marche à suivre pour la définition du problème principal énoncé

ÉTAPE 3 - Mise en rapport des conséquences fonctionnelles et de l'approche ou du but principal de l'intervention :
(Améliorer la capacité de la personne à...)

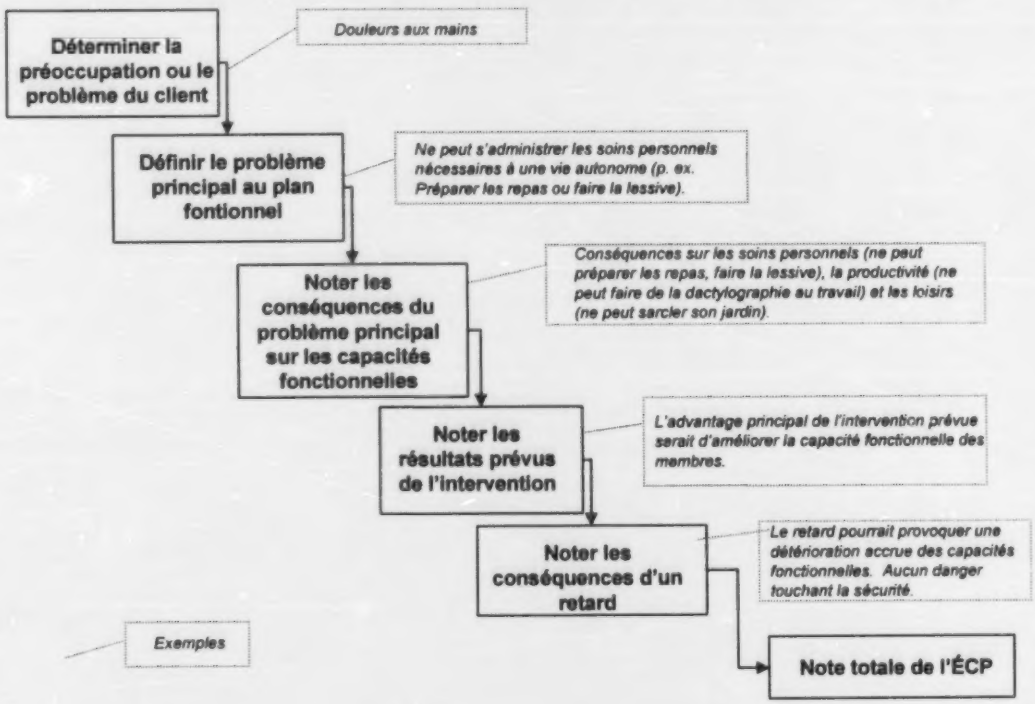
Une fois définies les conséquences pour le domaine fonctionnel ou les fonctions potentielles, le professionnel en réadaptation doit déterminer l'objectif de l'intervention. L'approche de l'intervention primaire prévue vise-t-elle à développer ou améliorer la capacité fonctionnelle, à interrompre ou prévenir la détérioration plus poussée de la capacité fonctionnelle ou à prévenir une dysfonction? L'approche de l'intervention prévue, après avoir été établie, pourra être utile pour la notation du deuxième facteur de priorité : résultats escomptés de l'intervention **prévue**.

2.3 Liens entre le problème principal énoncé et la note totale de l'ÉCP

Après avoir été déterminé, le problème principal énoncé est noté dans la partie supérieure de l'ÉCP (voir annexe A). Le problème principal énoncé doit être pris en compte au moment de noter chacun des facteurs prioritaires. La notation de l'ÉCP se limite au problème principal énoncé. Lorsqu'ils remplissent l'ÉCP, les professionnels en réadaptation ne doivent noter que les éléments qui se rapportent directement au problème énoncé. Par exemple, pour noter les conséquences du problème principal énoncé, le professionnel en réadaptation ne doit tenir compte que des éléments fonctionnels touchés par le problème principal énoncé, et non pas de tous les domaines fonctionnels. Pour noter le résultat escompté, le professionnel en réadaptation doit tenir compte des résultats possibles de l'intervention de réadaptation prévue sur le problème principal précis. Pour noter les conséquences d'un retard dans la prestation du service, le professionnel en réadaptation doit évaluer les conséquences d'un retard sur le problème principal énoncé seulement.

2.0 Marche à suivre pour la définition du problème principal énoncé

Le diagramme suivant illustre les étapes de la démarche utilisée pour la notation de l'Échelle de classement des priorités (ÉCP)



2.4 Exemples de problème principal énoncé selon les professions

Des exemples du problème principal énoncé sont donnés ci-après pour chacune des professions en réadaptation. L'intervention prévue est notée dans le tableau suivant afin d'illustrer les liens entre le problème principal énoncé et le résultat escompté de l'intervention. Le diagnostic est indiqué ci-après afin d'illustrer le fait que le diagnostic ne décrit pas de façon appropriée, à lui seul, le problème principal énoncé en termes fonctionnels.

2.0 Marche à suivre pour la définition du problème principal énoncé

Problème principal énoncé — Audiologie

	Préoccupation du client	**Problème principal énoncé** ***(Conséquences sur les capacités fonctionnelles)***	**Intervention prévue** ***(pour élaborer, améliorer ou maintenir les fonctions, ou prévenir une dysfonction)***	**Diagnostic**
Nourrisson	Mon bébé ne réagit pas aux sons ou au bruit.	Incapacité à percevoir les sons.	1) Fournir un système approprié d'amplification au besoin. 2) Entreprendre une réadaptation auditive. 3) Développer un plan d'intervention.	Atteinte sensorineurale de l'ouïe.
Enfant	Mon enfant ne comprend pas bien lors des activités en groupe.	Incapacité à choisir, reconnaître et prononcer ses mots afin de réussir à l'école.	1) Adresser le cas aux services appropriés. 2) Fournir à l'enseignant des stratégies de compensation. 3) Fournir au besoin un système MF.	Atteinte bilatérale de la conduction auditive.
Adulte	J'arrive mal à comprendre, surtout quand des gens parlent autour de moi.	Incapacité à distinguer la parole en présence de sons en arrière-plan.	1) Recommander un système d'amplification. 2) Assurer la modification de l'environnement. 3) Fournir des processus de communication et d'adaptation.	Atteinte légère sensorineurale de l'ouïe.
Personne âgée	Mon mari arrive mal à communiquer quand il me parle et il ne veut pas de prothèse auditive.	Incapacité à interagir avec ses pairs et ses dispensateurs de soins.	Fournir des processus d'adaptation que les dispensateurs de soins et la personne peuvent mettre en oeuvre dans le milieu.	Atteinte modérée sensorineurale de l'ouïe.

2.0 Marche à suivre pour la définition du problème principal énoncé

Problème principal énoncé — Ergothérapie

	Préoccupation du client	**Problème principal énoncé** ***(Conséquences sur les capacités fonctionnelles)***	**Intervention prévue** ***(pour élaborer, améliorer ou maintenir les fonctions, ou prévenir une dysfonction)***	**Diagnostic**
Nourrisson	J'ai de la difficulté à m'occuper de mon bébé.	Incapacité à établir des liens affectifs avec l'enfant et à le nourrir.	1) Formation touchant la façon de soigner et de tenir l'enfant. 2) Favoriser la réalisation des étapes du développement et des mouvements ou des positions nécessaires.	Infirmité motrice cérébrale.
Enfant	Mon enfant ne peut écrire comme ses camarades de classe.	Incapacité à fournir le travail nécessaire pour réussir en classe.	1) Stratégies de rééducation visant l'acquisition des capacités motrices fines. 2) Stratégies de compensation afin de favoriser le rendement scolaire. 3) Consultations avec l'enseignant.	Trouble de coordination du développement.
Adulte	Je ne peux préparer les repas chez moi.	Incapacité à effectuer les travaux généraux nécessaires pour vivre de façon autonome.	1) Favoriser l'utilisation fonctionnelle du membre touché. 2) Fournir des stratégies de compensation. 3) Assurer la modification de l'environnement. 4) Fournir le matériel adapté et les prothèses nécessaires. 5) Assurer un soutien à domicile.	Accident vasculaire cérébral.
Personne âgée	Je ne peux garder mon client bien installé dans son fauteuil roulant.	Incapacité à réaliser les activités quotidiennes.	1) Assurer la rééducation touchant les positions appropriées. 2) Recommander le matériel approprié pour asseoir et positionner le client. 3) Assurer le suivi après l'obtention du matériel.	Sclérose en plaques.

2.0 Marche à suivre pour la définition du problème principal énoncé

Problème principal énoncé — Physiothérapie

	Préoccupation du client	Problème principal énoncé *(Conséquences sur les capacités fonctionnelles)*	Intervention prévue *(pour élaborer, améliorer ou maintenir les fonctions, ou prévenir une dysfonction)*	Diagnostic
Nourrisson	Mon bébé de 16 mois ne peut ramper, rouler ou s'asseoir pour jouer.	Incapacité à explorer le milieu; incapacité à favoriser le développement moteur approprié.	1) Expliquer des mouvements contrôlés et des positions permettant de réduire la spasticité. 2) Consulter les parents afin de maintenir une position appropriée.	Infirmité motrice cérébrale.
Enfant	Mon enfant a de la difficulté à participer aux activités scolaires.	Incapacité à participer aux activités sportives à l'école, est souvent mis de côté.	1) Consulter l'enseignant d'éducation physique afin d'adapter certaines activités du programme de ce client. 2) Enseigner une série d'exercices visant à accroître la résistance et l'équilibre en position assise.	Spina-bifida.
Adulte	Je n'arrive pas à m'en sortir à la maison.	Incapacité à réaliser les travaux domestiques à la maison.	1) Dispenser un traitement actif trois fois par semaine en vue de réduire les douleurs et d'accroître la mobilité et les capacités fonctionnelles.	Récupération après une mastectomie.
Personne âgée (en foyer de soins)	Mon client est tombé à deux reprises et il manque d'équilibre quand il s'installe dans son lit ou un fauteuil, ou quand il se relève.	Incapable de réaliser un transfert de façon autonome.	1) Consulter le personnel infirmier du foyer pour déterminer ses besoins en matière d'aide au client. 2) Expliquer au client et au personnel les techniques de transfert sans danger. 3) Fournir au client une série d'exercices d'équilibre et de renforcement.	Quadriplégie incomplète et démence précoce.

2.0 Marche à suivre pour la définition du problème principal énoncé

Problème principal énoncé — Orthophonie

	Préoccupation du client	Problème principal énoncé *(Conséquences sur les capacités fonctionnelles)*	Intervention prévue *(pour élaborer, améliorer ou maintenir les fonctions, ou prévenir une dysfonction)*	Diagnostic
Nourrisson	Mon bébé a de la difficulté à boire au sein.	Incapacité à refermer la bouche sur la tétine et à boire au biberon.	Consultations avec les dispensateurs de soins en vue : 1) d'améliorer l'apport oral et le développement des aptitudes motrices orales par le biais de stratégies d'alimentation modifiées et appropriées.	Fente palatine et fissure labiale bilatérale.
Enfant	Mon garçon de trois ans essaie de communiquer en faisant des gestes et des bruits qui n'ont aucun sens.	Incapacité à exprimer ses besoins et ses désirs fondamentaux.	1) Fournir une méthode alternative de communication. 2) Favoriser la production de la parole et des sons. 3) Développer l'utilisation de mots uniques et d'associations fonctionnelles de deux mots.	Retard de développement du langage et de la parole.
Élève (1re année)	Mon enfant ne peut communiquer qu'en disant un seul mot à la fois.	Incapacité à socialiser, à interagir avec ses camarades ou à s'exprimer en classe.	1) Développer l'association fonctionnelle de deux mots. 2) Consulter les dispensateurs de soins afin de favoriser la communication fonctionnelle.	Retard de développement du langage.
Adulte	Depuis son infarctus, mon mari ne peut plus parler clairement.	Incapacité à exprimer ses besoins ou ses désirs.	1) Fournir un système de communication de rechange. 2) Améliorer la fonction motrice orale et la production de la parole et des sons.	Dysarthrie consécutive à un infarctus.
Personne âgée (en foyer de soins)	Mon client s'étouffe constamment en mangeant.	Incapacité à manger des aliments solides, état nutritionnel à risque.	1) Modifier les modèles et stratégies d'alimentation, et l'apport oral en aliments.	Dysphagie consécutive à une sclérose latérale amyotrophique.

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

3.1 Répercussion du problème énoncé

Le premier facteur prioritaire nécessite la notation des conséquences fonctionnelles ou des effets du problème principal énoncé ou potentiel dans la vie de la personne. Les professionnels en réadaptation devraient déterminer les conséquences du problème principal énoncé dans les domaines suivants : 1) soins personnels; 2) productivité; et 3) loisirs. Les définitions suivantes sont tirées du document *Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client* (ACE), 1991.

3.1.1 Soins personnels : [Activités réalisées par les personnes autonomes]

Les soins personnels se rapportent aux activités de la vie courante, notamment celles qu'une personne réalise afin de préparer et effectuer ses travaux quotidiens, les activités qu'une personne effectue d'elle-même afin de maintenir sa vie et sa santé, et d'assurer son développement personnel et son bien-être. Ce domaine comprend également les activités essentielles aux soins personnels et à l'entretien d'un foyer. En voici quelques exemples : tenue vestimentaire, hygiène, toilette, alimentation, vêtements, mobilité, bain, conduite d'un véhicule, vie dans la collectivité (p. ex. emplettes, transactions bancaires, transport).

- Soins personnels (p. ex. s'habiller, se laver, s'alimenter, assurer son hygiène, dormir)
- Mobilité et positions du corps (p. ex. transferts, déplacements à l'intérieur, sorties à l'extérieur)
- Communications fonctionnelles (recevoir et assurer la communication, réagir)
- Entretien de la maison (p. ex. transport, achats, finances)
- Gestion du milieu (capacité de contrôler le milieu et d'y réagir)

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

Soins personnels : Exemples selon les professions

AUD : Un adulte ayant une atteinte auditive ne peut communiquer avec le personnel des magasins, des banques, etc.

Un nourrisson qui présente une atteinte sensorineurale de l'ouïe ne réagit pas aux bruits et aux sons.

ERG : Une personne âgée ayant récemment reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer à un stade précoce ne peut s'occuper d'elle-même à la maison.

Une enfant de 12 ans ne peut quitter son fauteuil roulant pour aller à la toilette dans sa nouvelle école en raison de l'aménagement de la salle de toilette.

PHY : Une personne âgée qui présente une tendinite à l'épaule depuis sept mois a de la difficulté à se laver, à s'habiller et à s'acquitter de ses tâches domestiques.

Une femme de 58 ans, qui vient de recevoir une prothèse complète de la hanche, ne peut se servir de sa baignoire pour se laver.

ORT : Un homme de 55 ans qui a subi un accident cérébro-vasculaire ne peut communiquer ses besoins lorsqu'il fait des emplettes et va à la banque.

Un nourrisson qui présente une fente palatine et une fissure labiale bilatérale ne peut boire au sein.

3.1.2 Productivité : [Comment les gens contribuent à la société]

La productivité comprend la mise à profit des aptitudes et des compétences pour la réalisation d'activités utiles et productives à la maison, au travail, à l'école ou dans le milieu, c'est-à-dire des

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

activités qui permettent à la personne d'assurer son soutien, et celui de sa famille et de la société, par la production de produits et services. Il s'agit notamment des activités qui donnent un sens à la vie. Pour les enfants, le sens de la vie provient de l'école et du jeu. Les adultes peuvent trouver un sens à leur vie par le biais du travail, rémunéré ou non, ou d'activités bénévoles. Les activités productives comprennent le jeu (pour les enfants), le travail scolaire, le travail rémunéré, le bénévolat et l'entretien d'une maison.

- Travail rémunéré ou non (p. ex. trouver et garder un emploi, s'occuper des enfants, faire du bénévolat)
- Jeux et activités scolaires (p. ex. aptitudes au jeu, activités de formation et de préparation au travail, devoirs et leçons)
- Expériences favorisant l'estime de soi

Productivité : Exemples selon les professions

AUD : Un enfant qui présente un trouble de l'ouïe ne peut participer aux lectures à haute voix organisées à la bibliothèque.

Une enseignante de 35 ans présente une perte graduelle de l'ouïe qui l'empêche de distinguer les paroles quand il y a des bruits d'arrière-plan dans sa classe.

ERG : Un enfant atteint de paralysie spastique ne peut manipuler des objets pour jouer.

Une femme de 67 ans qui se rétablit après une poussée aiguë de polyarthrite rhumatoïde a de la difficulté à reprendre son travail bénévole à l'hôpital.

PHY : Une femme de 35 ans atteinte de sclérose en plaques ne peut coordonner les mouvements de ses bras et a des troubles d'équilibre et de coordination. Elle ne peut reprendre son emploi de clerc d'avocat, étant donné qu'il faut une certaine coordination des membres supérieurs pour occuper ce travail.

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

Un garçon de neuf ans souffrant d'un trouble de l'équilibre ne peut participer aux cours d'éducation physique à l'école.

ORT : Une élève de 1re année, qui éprouve des difficultés de compréhension du langage, ne peut suivre les instructions données par son enseignant.

Un répartiteur éprouve des troubles de la voix qui le forcent à s'absenter de son travail.

3.1.3 Loisirs : [Comment les personnes profitent de la vie]

Les loisirs sont définis comme des activités qui représentent les goûts et les préférences individuels, par exemple le choix et la réalisation d'activités pour s'amuser, se détendre ou s'exprimer personnellement. Il s'agit également des composantes de la vie extérieure au travail et aux activités relatives aux soins personnels.

Ces activités comprennent les passe-temps, l'utilisation du temps libre, les intérêts culturels, les sports, la participation à des clubs ou à des groupes, les activités de divertissement et de socialisation, les activités créatrices et les jeux. Pour les enfants, les activités de loisirs peuvent être semblables aux jeux, mais ces activités reflètent les intérêts et les préférences personnels.

- Loisirs passifs (p. ex. passe-temps, artisanat, lecture)
- Loisirs actifs (p. ex. sports, sorties à l'extérieur, voyages, jardinage)
- Socialisation (p. ex. visites, appels téléphoniques, fêtes, chansons en groupe, jeux de cartes, correspondance)

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

Loisirs : Exemples selon les professions

AUD : Un adulte ayant un trouble de l'ouïe a abandonné ses interactions sociales en raison de ses capacités de communication limitées (p. ex. il ne peut écouter de la musique ou se servir du téléphone).

Une enfant de quatre ans souffrant d'une atteinte de l'ouïe est ignorée par les autres enfants lors des jeux parce qu'elle ne peut communiquer ou socialiser avec eux.

ERG : Une adulte ayant une mauvaise vue ne peut s'adonner à ses activités habituelles de loisirs, c'est-à-dire lire et jouer au bridge.

Un aîné hémiplégique ne peut s'occuper comme à l'habitude de son jardin.

PHY : Une jeune fille ne peut jouer au hockey pendant plusieurs semaines en raison d'une entorse au troisième degré à la cheville.

Une fillette de huit ans qui présente un spina-bifida ne peut apprendre à nager, alors qu'il s'agit de l'activité préférée de sa famille.

ORT : Une femme de 50 ans ne peut participer aux exercices d'une chorale parce qu'elle a subi une laryngectomie.

Une femme de 65 ans qui a subi un accident ischémique cérébral évite d'aller au restaurant ou de voir ses amies parce qu'elle ne peut communiquer facilement avec elles.

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

3.2 Résultats escomptés de l'intervention

Le deuxième facteur prioritaire est le résultat escompté de l'intervention en fonction du problème principal énoncé ou potentiel. Les professionnels en réadaptation doivent noter la possibilité pour la personne de profiter du service de réadaptation compte tenu des facteurs secondaires suivants :

- déroulement et succès des interventions précédentes (le cas échéant)
- résultats (si possible) de l'évaluation antérieure provenant des observations ou d'autres sources (p. ex. bulletin scolaire, dossiers hospitaliers, etc.)
- période de temps écoulée depuis l'apparition du problème énoncé
- étape du processus pathologique (le cas échéant)
- données de recherche (voir section 4.4.1)
- état de santé général (voir section 4.4.2)
- autres comportements « à risque » ou ayant des incidences sur la santé (p. ex. dactylographier des textes toute la journée sans pause).

Il importe de noter que certains des facteurs secondaires indiqués plus haut ne s'appliqueront pas à tous les clients. Les professionnels en réadaptation sont invités à noter ce facteur à partir des éléments appropriés pour chaque client. On trouvera ci-après une explication plus approfondie des deux facteurs secondaires indiqués.

3.2.1 Données de recherche

Les données de recherche se rapportent à la mesure dans laquelle les données scientifiques soutiennent l'hypothèse selon laquelle une approche spécifique choisie pour une intervention de réadaptation peut influer sur le problème énoncé. Malheureusement, les données nécessaires ne sont pas disponibles, à l'heure actuelle, sous une forme permettant de noter avec précision ce facteur secondaire. Une analyse en profondeur de la documentation et d'autres travaux de recherche sont nécessaires afin d'évaluer les résultats d'un grand nombre d'interventions de réadaptation. Au Nouveau-Brunswick, certains

travaux ont été entrepris, par exemple dans le domaine de l'élaboration de lignes directrices pour la pratique et de mesures standard des résultats, qui contribueront à élargir les connaissances dans ce domaine.

Pendant que ce travail s'effectue, il est possible que certains professionnels en réadaptation, dans des domaines particuliers, trouvent dans la documentation spécialisée certaines données qui leur permettront de noter ce facteur secondaire. Il s'agit notamment d'articles publiés, de conclusions de recherche documentées et d'autres rapports étayés sur les résultats.

3.2.2 État de santé général

L'état de santé général se rapporte :

à certains troubles ou à l'ensemble des troubles médicaux ou cognitifs qui peuvent retarder, interrompre ou compromettre les possibilités pour la personne de profiter de services de réadaptation,

OU

à certains troubles ou à l'ensemble des troubles médicaux ou cognitifs qui peuvent soutenir ou accroître les possibilités pour la personne de profiter de services de réadaptation.

Résultats escomptés de l'intervention : Exemples selon les professions

AUD : Un aîné qui utilise une prothèse auditive depuis plusieurs années entend moins bien qu'auparavant.

Une démence plus profonde peut nuire à la possibilité pour une personne âgée de profiter d'un dispositif d'amplification.

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

ERG : Un enfant atteint de polyarthrite rhumatoïde juvénile présente une crise aiguë.

Un adulte qui nécessite des soins palliatifs éprouve des douleurs en raison de sa position dans son lit.

PHY : Un homme de 70 ans souffre de douleurs lombaires depuis plus de 15 ans. Les douleurs sont passagères. Depuis une semaine, ses douleurs se sont exacerbées et le client a de la difficulté à se lever, à s'asseoir ou à rester debout pendant une longue période.

Un homme de 24 ans a subi une chirurgie au genou. Il faisait auparavant régulièrement des exercices aérobiques et son tonus musculaire est bien développé.

ORT : Un homme de 32 ans qui bégaie a suivi plusieurs programmes de correction intensifs mais n'a pu maintenir de bons résultats.

Une personne qui vient de subir un ACV est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Il arrivait mal à communiquer avant son ACV.

3.3 Conséquences d'un retard dans la prestation du service

Les conséquences d'un retard dans la prestation du service portent sur les trois facteurs suivants : sécurité physique, possibilité de maximiser la capacité fonctionnelle et détérioration de la capacité fonctionnelle. Chaque facteur secondaire est défini ci-après à l'aide d'exemples se rapportant à chaque discipline.

3.3.1 Sécurité physique

Ce facteur secondaire se rapporte aux situations susceptibles de provoquer un danger, une blessure ou le décès de la personne.

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

Les professionnels en réadaptation sont invités à évaluer les conséquences d'un retard dans la prestation du service sur les risques pour la sécurité physique de la personne ou du dispensateur de soins.

Sécurité physique : Exemples selon les professions

AUD : Un adulte qui souffre de vertiges (atteinte rétro-cochléaire) ne peut conduire sa voiture en toute sécurité.

Un enfant qui présente une perte de l'ouïe ne peut entendre les voitures qui se dirigent dans sa direction.

ERG : Une femme âgée risque de faire des chutes en raison des risques que présente l'aménagement de sa maison.

Une fillette de 12 mois qui présente un faible tonus musculaire et un retard de développement doit avoir accès à du matériel adapté pour être nourrie et baignée sans danger.

PHY : Un client ne sait pas comment se servir correctement d'un dispositif d'aide à la mobilité et risque de faire des chutes.

Une fillette de 12 ans qui présente une infirmité motrice cérébrale grave et un trouble thoracique chronique ne peut éliminer ses sécrétions pulmonaires sans aide.

ORT : Un homme de 70 ans atteint de la maladie de Parkinson s'étouffe en mangeant. Il a subi deux épisodes de pneumonie l'an dernier.

Une personne qui a souffert d'un accident cérébro-vasculaire droit a désormais de la difficulté à mastiquer et à avaler ses aliments, ce qui peut compromettre son état nutritif et provoquer des risques de pneumonie par aspiration.

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

3.3.2 Possibilité de maximiser la capacité fonctionnelle

Ce facteur secondaire se rapporte aux risques que présente un retard pour la possibilité de maximiser la capacité fonctionnelle de la personne, compte tenu des éléments suivants :

- périodes critiques de développement
- périodes critiques du processus pathologique ou de rétablissement
- périodes ultérieures à la blessure qui peuvent influer sur la possibilité pour la personne de maintenir la meilleure autonomie possible.

Les professionnels en réadaptation sont invités à évaluer les conséquences possibles d'un retard dans la prestation du service sur la possibilité pour la personne de maximiser ses capacités fonctionnelles.

Maximiser la capacité fonctionnelle : Exemples selon les professions

AUD : Un nourrisson qui présente une atteinte auditive grave nécessite une intervention en vue de maximiser ses capacités de communication.

Il importe de dépister rapidement une perte de l'ouïe chez une personne âgée et de lui fournir une prothèse auditive afin de maximiser ses possibilités d'interactions sociales.

ERG : Un nourrisson nécessite une intervention précoce afin de favoriser son développement moteur.

Une personne âgée qui se rétablit après un ACV nécessite une intervention afin de favoriser les capacités fonctionnelles de ses membres supérieurs.

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

PHY : Un adulte qui a subi une blessure au dos reprend son travail sans le traitement ni l'éducation que son état requiert. Il risque de se blesser à nouveau ou d'aggraver sa blessure en raison de la faiblesse de ses muscles et de son manque de connaissance à propos des mouvements corporels appropriés.

Un nourrisson qui présente un torticolis doit recevoir une intervention afin d'améliorer la maîtrise des mouvements de sa tête et de son cou et de maximiser son développement (manger, s'asseoir, jouer, etc.).

ORT : Un élève de maternelle doit être sensibilisé aux sons afin d'apprendre plus facilement à lire.

Un enfant ayant des compétences linguistiques limitées doit recevoir une intervention afin d'être sensibilisé aux sons préalables à la lecture et d'apprendre des méthodes de reconnaissance pour favoriser son succès scolaire.

3.3.3 Détérioration ultérieure de la capacité fonctionnelle

Ce facteur secondaire se rapporte à la mesure dans laquelle un retard dans la prestation du service influera de façon **négative** sur les capacités fonctionnelles de la personne, compte tenu des éléments suivants :

- évolution possible des troubles avec le temps
- détérioration possible du trouble sous-jacent
- possibilité d'apparition de troubles connexes
- risques d'hospitalisation ou de réadmission à l'hôpital
- risques de transfert de la maison (vers un foyer de soins, etc.).

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

Les professionnels en réadaptation sont invités à noter les conséquences possibles d'un retard dans la prestation du service sur la détérioration ultérieure des capacités fonctionnelles de la personne.

Détérioration de la capacité fonctionnelle : Exemples selon les professions

AUD : Un adulte doit recevoir une évaluation visant à dépister un neurome acoustique qui peut provoquer des lésions permanentes (réduction de l'ouïe suivie d'une réduction des possibilités de communication, paralysie du visage pouvant provoquer des troubles possibles d'élocution et d'alimentation, etc.).

Un enfant qui présente un trouble chronique de l'oreille moyenne doit profiter d'une intervention afin de prévenir d'autres troubles, par exemple une perte partielle de l'ouïe et des difficultés scolaires et de communication. Si l'otite n'a pas été diagnostiquée et traitée, le trouble pourrait s'aggraver (cholestéatome, méningite, etc.).

ERG : Un adulte doit recevoir un traitement pour des cicatrices laissées par des brûlures situées sur une articulation.

Une personne âgée doit être placée et assise de façon appropriée afin de prévenir des troubles cutanés.

PHY : Un adulte atteint de la maladie de Parkinson a récemment fait une chute et s'est fracturé la hanche. Une mobilisation précoce est nécessaire afin de prévenir toute rigidité et de maintenir son autonomie ambulatoire.

Un adulte qui présente une blessure à l'épaule est atteint d'un oedème et de changements trophiques de la main. Un retard dans l'intervention pourrait accroître la détérioration fonctionnelle et provoquer des complications circulatoires secondaires.

3.0 Définition des facteurs prioritaires et exemples selon les professions

ORT : Un adolescent qui présente un trouble de la communication ne peut socialiser avec ses camarades et risque d'adopter des comportements inappropriés qui mènent à la délinquance.

Un enfant de 10 ans qui présente une voix rauque pourra être atteint d'une pathologie des cordes vocales nécessitant une chirurgie.

4.0 Lignes directrices pour la collecte de données au moment de l'admission

Le processus de collecte de données et de réponses fournies par le client à certaines questions est appelé « admission ». Les renseignements suivants ont été jugés utiles pour l'administration de l'ÉCP. Les questions indiquées ci-après favorisent la collecte d'information en vue de décrire le problème principal énoncé et les conséquences de ce problème. Elles peuvent être posées directement au client ou à un tiers sous forme d'entrevue. Les parenthèses vides ( ) indiquent que le nom du client doit être utilisé pour cette question.

4.1 Description du problème principal énoncé ou potentiel

- Veuillez décrire le problème ou les préoccupations de ( )... OU
- Veuillez décrire le problème que vous aimeriez prévenir.

- De façon générale, comment la vie de ( ) a-t-elle été touchée par ce problème? OU
- De façon générale, veuillez décrire comment la vie de ( ) serait touchée par ce problème, s'il apparaissait?

- À votre avis, quel est le problème le plus important sur lequel nous devrions nous concentrer?

- Quel est le rôle habituel de ( ) ou quelles sont ses activités quotidiennes?

✍ *Veuillez noter le problème principal énoncé dans la case appropriée sur l'ÉCP.*

4.2 Répercussions du problème principal énoncé ou potentiel

Demandez de l'information afin de décrire de quelle façon le problème principal énoncé ou potentiel influe sur les capacités fonctionnelles de ( ). Posez les questions suivantes :

4.0 Lignes directrices pour la collecte de données au moment de l'admission

- Le problème influe-t-il sur la capacité de ( )... OU
- Le problème principal potentiel pourrait-il nuire à la capacité de ( )...
  - de s'habiller, se laver, s'alimenter, dormir, faire sa toilette, etc.
  - se déplacer, entrer et sortir de la maison, etc.
  - organiser ses activités à la maison
  - communiquer, répondre, poser des questions et y répondre
  - conduire sa voiture, faire des emplettes, aller à la banque, etc.
  - contrôler son milieu et y réagir

  [pour connaître d'autres exemples, voir la section 3.0]

- Le problème a-t-il nui à la capacité de ( )... OU
- Le problème potentiel pourrait-il nuire à la capacité de ( )...
  - de travailler
  - de faire des travaux à la maison
  - d'aller à l'école

  [pour connaître d'autres exemples, voir la section 3.0]

- Le problème nuit-il aux activités sociales de ( )... OU
- Le problème principal potentiel pourrait-il nuire aux activités sociales de ( ), comme...
  - rendre visite à des amis
  - téléphoner
  - écrire des cartes de voeux
  - aller à l'église, etc.

  [pour connaître d'autres exemples, voir la section 3.0]

- Le problème a-t-il nui aux activités de loisirs de ( )... OU
- Le problème principal énoncé pourrait-il nuire aux activités de loisirs de ( ), comme...
  - faire du jardinage
  - pratiquer des sports
  - faire des activités de loisirs, etc.

  [pour connaître d'autres exemples, voir la section 3.0]

Le reste de la section comporte des renseignements qui pourraient être nécessaires afin de déterminer le résultat escompté de l'intervention et les conséquences d'un retard dans la prestation du service. Ces

renseignements ne seront pas tous disponibles pour chaque client. **L'ÉCP doit être complétée en fonction des renseignements pertinents disponibles.** Ces questions ne doivent pas nécessairement être toutes posées.

4.3 Résultat escompté de l'intervention*

*(*Note : La réponse aux questions suivantes proviendra vraisemblablement d'une source autre que le client.)*

( ) a-t-il déjà reçu des interventions de réadaptation pour ce problème principal?
SI OUI, quel a été le service fourni? (AUD, ERG, PHY, ORT)

Quels ont été les résultats?

Quels ont été les résultats des évaluations antérieures? (si possible)

Quel est le stade d'évolution du trouble? (le cas échéant)

Depuis quand le problème principal présenté est-il apparu? (le cas échéant)

Quel est l'état général de santé de ( )?

( ) a-t-il déjà souffert d'autres troubles qui peuvent influer sur le problème principal énoncé ou potentiel?

4.4 Conséquences d'un retard dans la prestation du service

Si le service est retardé, quelles seront les conséquences sur la situation actuelle ou future de ( ) :

- sécurité physique
- possibilité de maximiser la capacité fonctionnelle
- détérioration ultérieure de la capacité fonctionnelle

Comment ( ) s'adapte-t-il présentement au problème principal énoncé ou potentiel?

Lignes directrices pour la notation de

La notation de l'ÉCP reflète l'opinion professionnelle du professionnel en

réadaptation. Cette notation est fondée sur les meilleurs renseignements

moment de l'admission, avec ou sans contact direct avec le client. Il est

moment où l'échelle est remplie.
donc noter l'ÉCP en fonction des données disponibles à ce moment.

Conséquences du problème principal énoncé

globales du problème principal énoncé sur la capacité actuelle ou future

trois domaines suivants :

soins personnels
productivité
loisirs.

possibles du problème sur une période maximale de 12 mois. Dans le

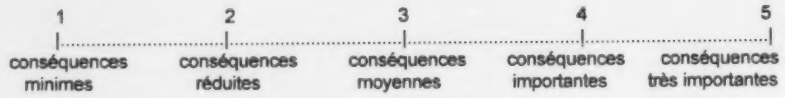
également tenir compte des conséquences du problème principal énoncé
dans l'un ou l'autre
, au besoin.

« conséquences minimes » à « conséquences très importantes ». Le

noter ce chiffre dans la case appropriée de la colonne « notation de la

5.0 Lignes directrices pour la notation de l'ÉCP

Soins personnels
Productivité
Loisirs



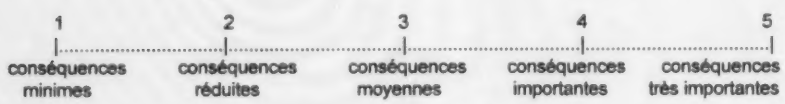
5.2 Résultats escomptés de l'intervention

Le professionnel en réadaptation est invité à noter la possibilité pour la personne de profiter d'une intervention de réadaptation précise axée sur le problème principal énoncé. Il doit tenir compte des facteurs suivants pour évaluer la possibilité de profiter du service.

- déroulement et succès des interventions précédentes
- résultats de l'évaluation précédente
- durée du problème principal énoncé depuis son apparition
- étape du processus pathologique
- données de recherche
- état général de santé
- autres comportements « à risque » ou reliés à la santé

Ce facteur est noté sur une échelle de cinq points qui va de « avantages minimes » à « avantages très importants ». Le professionnel en réadaptation doit encercler un chiffre sur l'échelle et noter ce chiffre dans la case appropriée de la colonne « notation de la priorité ». Ce chiffre fera partie de la note totale pour le résultat escompté.

déroulement et succès des interventions précédentes
résultats de l'évaluation précédente
durée du problème principal énoncé depuis son apparition
étape du processus pathologique
données de recherche
état général de santé
autres comportements « à risque » ou reliés à la santé



5.0 Lignes directrices pour la notation de l'ÉCP

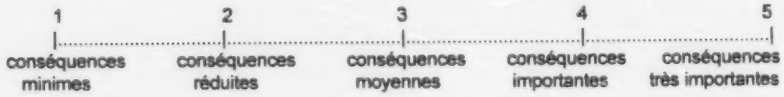
5.3 Conséquences d'un retard dans la prestation du service

Le professionnel en réadaptation est invité à noter les conséquences possibles pour la personne d'un retard dans la prestation du service. Il doit tenir compte de trois facteurs secondaires pour évaluer ces conséquences :

- Conséquences possibles d'un retard dans la prestation du service compte tenu de la sécurité physique du client la journée où l'ÉCP est administrée.
- Conséquences d'un retard dans la prestation du service sur la possibilité actuelle de maximiser les capacités fonctionnelles du client.
- Conséquences possibles d'un retard dans la prestation du service sur la détérioration ultérieure des capacités fonctionnelles du client pendant une période maximale de 12 mois.

Ce facteur prioritaire est noté sur une échelle de cinq points qui va de « conséquences minimes » à « conséquences très importantes ». Le professionnel en réadaptation doit encercler un chiffre sur l'échelle et noter ce chiffre dans la case appropriée de la colonne « notation de la priorité ». Ce chiffre fera partie de la note totale pour les conséquences d'un retard dans la prestation du service.

Sécurité physique
Possibilité de maximiser la capacité fonctionnelle
Détérioration ultérieure* de la capacité fonctionnelle
**Pendant une période maximale de 12 mois*

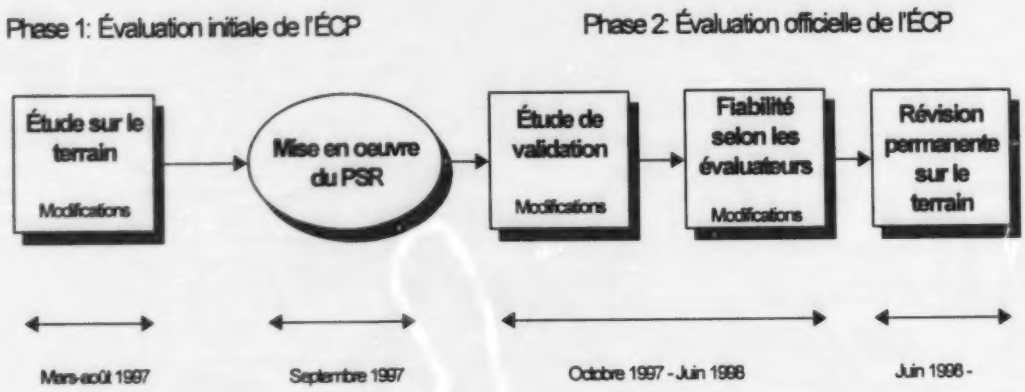


On trouvera à l'annexe F des instructions résumées pour la notation de l'ÉCP qui peuvent faciliter l'administration de l'échelle pendant la période initiale de sa mise en oeuvre.

6.0 Processus de validation de l'ÉCP

6.1 Processus de validation de l'ÉCP

Comme pour tous les nouveaux instruments, il importe d'évaluer la validité et la fiabilité de l'ÉCP. Le processus de validation peut être divisé en deux étapes : 1) évaluation initiale de l'ÉCP, avant sa mise en oeuvre; et 2) évaluation officielle de l'ÉCP, après sa mise en oeuvre. Le processus de validation de l'ÉCP est illustré ci-après.



6.1.1 Évaluation initiale de l'ÉCP

Selon Norbeck (1985), « si la matière d'un instrument manque de validité, il est inutile d'établir sa fiabilité ». Donc, la première étape dans le processus de validation de l'ÉCP est de quantifier de façon systématique la validité du contenu de cet instrument. Un niveau acceptable de validité a été obtenu avant la mise en oeuvre du Plan des services de réadaptation grâce aux efforts des groupes de travail des diverses disciplines (voir la liste des participants à l'annexe C). Un niveau acceptable de validité intrinsèque a été obtenu lors de l'étude sur le terrain réalisée en mai 1997. Les recommandations des participants à l'étude sur le terrain ont été intégrées à la version actuelle de l'ÉCP (on trouvera la liste des participants à l'étude sur le terrain à l'annexe D).

6.0 Processus de validation de l'ÉCP

6.1.2 Validation de l'ÉCP après la mise en oeuvre

L'ÉCP devrait vraisemblablement permettre de mesurer de façon appropriée les besoins relatifs de la majorité des clients, selon les résultats de l'étude sur le terrain pour laquelle tous les secteurs et tous les groupes de clients étaient représentés. Les professionnels en réadaptation auront cependant la possibilité de présenter leurs observations sur la validité de l'ÉCP pendant une période maximale de six mois après la mise en oeuvre initiale du Plan des services de réadaptation (novembre 1997 - 30 avril 1998). Le formulaire de validation de l'ÉCP peut être utilisé dès que la formation sur l'ÉCP est terminée dans chaque région. Les professionnels en réadaptation pourront documenter, par exception, les cas où l'ÉCP n'établit pas de façon appropriée la nécessité relative des services pour un client donné. La section suivante offre une description du Formulaire de validation de l'ÉCP.

6.2 Formulaire de validation de l'ÉCP

Ce formulaire doit être utilisé par les professionnels en réadaptation pour noter les cas où la note de l'ÉCP ne reflète pas de façon appropriée le niveau de service relatif pour un client. **Ce formulaire ne doit pas être rempli pour tous les clients.** Il a été conçu pour permettre de réunir les données suivantes :

Identification du client
Priorité du service
Données sur la validité

On trouvera à l'annexe G un exemplaire du Formulaire de validation de l'ÉCP. Après avoir été remplis, ces formulaires doivent être retournés à l'adresse indiquée au bas. Les données figurant sur ce formulaire seront recueillies jusqu'au 30 avril 1998.

6.3 Évaluation officielle de l'ÉCP

Les efforts en vue d'établir la validité et la fiabilité de l'ÉCP selon les responsables de l'évaluation se poursuivront après sa mise en oeuvre. La fiabilité selon les responsables de l'évaluation pourrait être vérifiée dès 1998.

6.0 Processus de validation de l'ÉCP

6.4 Documentation additionnelle

Un grand nombre de documents, de manuels et d'articles spécialisés ont été utilisés lors de l'élaboration de l'ÉCP. On trouvera une liste de références utiles à l'annexe H.

Annexe A

Échelle de classement des priorités
Version 1.0

Annexe B

Critères de sélection des éléments de l'ÉCP

Critères de sélection des éléments de l'ÉCP

1- Portée générale -	Cet élément s'applique-t-il à un vaste éventail de clients?
2- Quantifiable -	Dans quelle mesure pouvons-nous quantifier de façon appropriée cet élément?
3- Responsabilité -	Seriez-vous bien à l'aise si vous deviez défendre votre décision par rapport à cet élément?
4- Importance pour la discipline -	Quelle est l'importance de cet élément du point de vue de la discipline?
5- Axé sur le client -	Cet élément tient-il compte du point de vue du client?

Annexe C

Participants des groupes de travail par discipline

DISCIPLINE SPECIFIC WORKGROUP PARTICIPANTS/
PARTICIPANTS DES GROUPES DE TRAVAIL PAR DISCIPLINE

Novembre 1996- janvier 1997

Chairperson/ Présidente	Carmen McKell	Evalu-Plan Consulting C.P. 20202 861, chemin Woodstock Fredericton (N.-B.) E3B 7A2	Tél. : 459-8323 Téléc. : 457-6005 Courriel : eplan@nbnet.nb.ca

WORKGROUP LEADERS / RESPONSABLES DES GROUPES DE TRAVAIL

Audiology / Audiologie	Anne Lynch	Service d'audiologie Hôpital Docteur Georges L. Dumont 330, rue Archibald Moncton (N.-B.) E1C 2Z3	Tél. : 862-4171 Téléc. : 862-4256 Courriel : annel@health.nb.ca
Occupational Therapy / Ergothérapie	Cheryl Hansen	Services hospitaliers MSSC C.P. 5100 3e étage, Place Carleton Fredericton (N.-B.) E3B 5G8	Tél. : 453-8995 Téléc. : 453-2958 Courriel : cherylha@gov.nb.ca
Physiotherapy / Physiothérapie	Brenda Boucher	Services hospitaliers MSSC C.P. 5100 3e étage, Place Carleton Fredericton (N.-B.) E3B 5G8	Tél. : 444-4409 Téléc. : 453-2958 Courriel : brendabo@gov.nb.ca
Speech Language Pathology / Orthophonie	Margaret Christie	Services hospitaliers MSSC C.P. 5100 3e étage, Place Carleton Fredericton (N.-B.) E3B 5G8	Tél. : 444-4410 Téléc. : 453-2958 Courriel : margaretch@gov.nb.ca

Région	Nom	Adresse	Tél./téléc./courriel
Région 1B	Anne Lynch	Service d'audiologie Hôpital Docteur Georges L. Dumont 330, rue Archibald Moncton (N.-B.) E1C 2Z3	Tél. : 862-4171 Téléc. : 862-4256 Courriel : annel@health.nb.ca
Région 1 (SE)	Terri Jackson	Service d'audiologie The Moncton Hospital 135, avenue MacBeath Moncton (N.-B.) E1C 6Z8	Tél. : 857-5365 Téléc. : 857-5364
Région 2	Jeanne Finn-Allen	Service d'audiologie Hôpital régional de Saint-Jean Chemin Tucker Park C.P. 2100 Saint-Jean (N.-B.) E2L 4L2	Tél. : 648-7253 Téléc. : 648-6594
Région 3	André Lafargue*	Service d'audiologie Hôpital Dr Everett Chalmers 700, rue Priestman C.P. 9000 Fredericton (N.-B.) E3B 5N5	Tél. : 452-5931 Téléc. : 452-5947 Courriel : aa533@fan.nb.ca
Région 4	Francine Cormier	Service d'audiologie Hôpital régional d'Edmundston 275, boulevard Hébert Edmundston (N.-B.) E3V 4E4	Tél. : 739-2393 Téléc. : 739-2231
Région 5	Daniel Bois	Service d'audiologie Hôpital régional de Campbellton C. P. 880, 189, chemin Lily Lake Campbellton (N.-B.) E3N 3H3	Tél. : 789-5059 Téléc. : 789-5366
Région 6	Amanda Reindorp	Service d'audiologie Hôpital régional Chaleur 1750, promenade Sunset Bathurst (N.-B.) E2A 4L7	Tél. : 545-1415 Téléc. : 545-2440
Région 7	Tommy Choo	Service d'audiologie Établissement de Miramichi C.P. 1010 Newcastle (N.-B.) E1V 4A2	Tél. : 623-3120 Téléc. : 623-6135

*Language facilitator/Animateur linguistique

SPEECH LANGUAGE PATHOLOGY / ORTHOPHONIE

Région	Nom	Adresse	Tél./téléc./courriel
Région 1 B	Nicole Léger	Service d'orthophonie Hôpital Docteur Georges L. Dumont 330, rue Archibald Moncton (N.-B.) E1C 2Z3	Tél. : 862-4170 Téléc. : 862-4256
Région 1 SE	Sheelagh Callaghan	Orthophoniste Programme extra-mural du N.-B. 69, rue West Sackville (N.-B.) E0A 3C0	Tél. : 364-4400 Téléc. : 364-4405 Courriel : sheela@netnet.nb.ca
Région 2	Margaret Melanson	Service d'orthophonie Saint Joseph's Hospital 130, prom. Bayard Saint-Jean (N.-B.) E2L 3L6	Tél. : 632-5427 Téléc. : 632-5551 Courriel : melma@reg2.health.nb.ca
Région 3	Anne Turner	Orthophoniste Programme extra-mural du N.-B. District scolaire 12 C.P. 40 138, rue Chapel Woodstock (N.-B.) E0J 2B0	Tél. : 325-4733 Téléc. : 328-6220
Région 4	Claudine Godbout-Lavoie*	Service d'orthophonie Hôpital général de Grand-Sault Inc. C. P. 1200 625, boulevard Evérard H. Daigle Grand-Sault (N.-B.) E3Z 1C6	Tél. : 473-7528 Téléc. : 473-7530
Région 5	Karen Krueger	Orthophoniste Programme extra-mural du N.-B. R.R. 1, empl. 10, boîte 2 270, rue Victoria Dalhousie (N.-B.) E0K 1B0	Tél. : 684-7060 Téléc. : 759-9504
Région 6	Noëlla Basque	Service d'orthophonie Hôpital régional Chaleur 1750, promenade Sunset Bathurst (N.-B.) E2A 4L7	Tél. : 545-1402 Téléc. : 548-5143
Région 7	Cathy Reinsborough	Orthophoniste Programme extra-mural du N.-B. 269, rue Radio Newcastle (N.-B.) E1V 2W5	Tél. : 622-2498 Téléc. : 622-4861

*Language Facilitator/Animateur linguistique

PHYSIOTHERAPY / PHYSIOTHÉRAPIE:

Région	Nom	Adresse	Tél./téléc./courriel
Région 1 B	Rachel LaFrance	Service de physiothérapie Hôpital Docteur Georges L. Dumont 330, rue Archibald Moncton (N.-B.) E1C 2Z3	Tél. : 862-4100 Téléc. : 862-4197
Région 1 B	Louise Boissonnault	Physiothérapeute Programme extra-mural du N.-B. 835, rue Champlain Dieppe (N.-B.) E1A 1P6	Tél. : 862-4400 Téléc. : 862-4415
Région 2	Adrienne Cameron	Physiothérapeute Programme extra-mural West End Office Park 1490, chemin Manawagonish Saint-Jean (N.-B.) E2M 3Y4	Tél. : 635-8686 Téléc. : 635-5440
Région 3	Marilyn Rowan	Service de physiothérapie Hôpital Dr Everett Chalmers 700, rue Priestman C.P. 9000 Fredericton (N.-B.) E3B 5N5	Tél. : 452-5239 Téléc. : 452-5947
Région 4	Paula Savage	Service de physiothérapie Hôpital général de Grand-Sault C. P. 1200 625, boul. Evérand H. Daigle Grand-Sault (N.-B.) E3Z 1C6	Tél. : 473-7442 Téléc. : 473-7530
Région 5	Gilbert Bélanger*	Physiothérapeute Programme extra-mural R.R. 1, empl. 10, boîte 2 270, rue Victoria Dalhousie (N.-B.) E0K 1B0	Tél. : 684-1060 Téléc. : 684-1801
Région 6 EMP	Yannick Tremblay	Physiothérapeute Programme extra-mural R.R. 6, chemin Miramichi C.P. 1226 Bathurst (N.-B.) E2A 4J1	Tél. : 547-3030 Téléc. : 547-1109
Région 7	Eleanor Morrison	Service de physiothérapie Établissement de Miramichi C.P. 1010 Newcastle (N.-B.) E1V 4A2	Tél. : 627-7034 Téléc. : 623-6135

*Language Facilitator/Animateur linguistique

OCCUPATIONAL THERAPY / ERGOTHÉRAPIE

Région	Nom	Adresse	Tél./téléc./courriel
Région 1 (SE)	Krista Stott-Jones	Service d'orthophonie The Moncton Hospital 135, avenue MacBeath Moncton (N.-B.) E1C 6Z8	857-5328 Pagette 1239 857-5364
Région 1 B	Danielle Blanchet	Ergothérapeute Programme extra-mural du NB 835, rue Champlain Dieppe (N.-B.) E1A 1P6	Tél. : 856-2698 Téléc. : 856-3296
Région 2	Karen Ferguson	Service d'ergothérapie Loch Lomond Villa 185, chemin Loch Lomond Saint-Jean (N.-B.) E2L 3S3	Tél. : 633-2610 Téléc. : 648-9972
Région 3	Barb Richards	Service d'ergothérapie Hôpital Dr Everett Chalmers C.P. 9000 700, rue Priestman Fredericton (N.-B.) E3B 5N5	Tél. : 452-5253 Téléc. : 452-5947
Région 4	Sophie Dupont	Ergothérapeute Programme extra-mural 174, boulevard Hébert Edmundston (N.-B.) E3V 2S7	Tél. : 739-2160 Téléc. : 739-2163
Région 5	Elise Lanneville	Service d'ergothérapie Hôpital régional de Campbellton C. P. 880 189, chemin Lily Lake Campbellton (N.-B.) E3N 3H3	Tél. : 789-5018 Téléc. : 789-5081
Région 6	Nancy Walsh	Service d'ergothérapie Hôpital régional Chaleur 1750, prom. Sunset Bathurst (N.-B.) E2A 4L7	Tél. : 545-1434 Téléc. : 545-2440
Région 7	Paule Morin*	Service d'ergothérapie Programme extra-mural 296, rue Radio Newcastle (N.-B.) E1V 2W5	Tél. : 622-2498 Téléc. : 622-4861

*Language facilitator/Animateur linguistique

Annexe D

Participants à l'étude sur le terrain

Participants à l'étude sur le terrain

Mai-juin 1997

Région	Nom	Discipline / Secteur	Adresse	Tél./Télec.
Région 1 SE	Joan Gallagher	ERG Population générale	PEM Driscoll 84, croissant Driscoll Moncton (N.-B.) E1E 3R8	(tél.) 867-6500 (téléc.) 867-6509
Région 1B	Michelle Babineau	ORT Élèves d'âge scolaire	a/s de l'Hôpital Stella-Marie Ste-Anne-de-Kent (N.-B.) E0A 2V0	(tél.) 743-2000 (téléc.) 743-2001
Région 2	Heather Sherwood	ORT Élèves d'âge scolaire	Programme extra-mural du N.-B. C.P. 870 Sussex (N.-B.) E0E 1P0	(tél.) 432-3280 (téléc.) 432-3250
Région 3	Pam Fulton	ERG Personnes âgées	York Manor Nursing Home 100, prom. Sunset Fredericton (N.-B.) E3A 1A3	(tél.) 444-39[illegible] (téléc.) 444-[illegible]
Région 4	Joan Desjardins	PHY Population générale	Programme extra-mural du N.-B. Annexe Brunswick 174, boul. Hébert Edmundston (N.-B.) E3V 2S7	(tél.) 735-2010 (téléc.) 735-2514
Région 5	Pauline Perron	ERG Pédiatrie	Corporation hospitalière de la région 5 C.P. 910, 180, chemin Lily Lake Campbellton (N.-B.) E3N 3H3	(tél.) 789-5544 (téléc.) 789-5025
Région 6	Ginette Boudreau	PHY Population générale	Centre hospitalier de Lamèque Physiothérapeute Lamèque (N.-B.) E0B 1V0	(tél.) 344-3419 (téléc.) 344-3418
Région 6	Josée Chenier	AUD Population générale	Réseau Santé NOR'EST Health Network 1750, prom. Sunset Bathurst (N.-B.) E2A 4L7	(tél.) 545-1418 (téléc.) 545-2440
Région 7	Gary Foley	ORT Préscolaire et adultes	Corporation hospitalière régionale de la région 7 500, rue Water Miramichi (N.-B.) E1V 3G5	(tél.) 623-3121 (téléc.) 623-6135

Annexe E

Aperçu de l'échelle de classement des priorités (ÉCP)

Aperçu de l'échelle de classement des priorités (ÉCP)

Qu'est-ce que l'échelle de classement des priorités?
L'ÉCP est un outil pour déterminer, de façon uniforme dans toute la province, la priorité pour bénéficier d'un service de réadaptation. L'ÉCP aidera à déterminer quelles personnes ont un plus grand besoin du service par rapport à d'autres.

Quels facteurs de détermination de la priorité utilise-t-on dans l'ÉCP?
On a défini trois principaux facteurs à prendre en considération en déterminant le degré de priorité pour bénéficier d'un service de réadaptation. Ces facteurs sont applicables à toutes les demandes individuelles de services de réadaptation, sans considérer si le service attendu sera rendu sous forme de traitement, d'éducation ou de consultation. Voici les facteurs servant à déterminer le degré relatif de besoin du service :

répercussion du principal problème énoncé
résultat prévu de l'intervention
répercussion du retard de l'intervention

À qui s'appliquera l'ÉCP?

On remplira l'ÉCP pour toutes les personnes acceptées pour bénéficier du service (voir les critères des demandes de services);
L'ÉCP s'applique aux demandes de service de réadaptation adressées aux réserves communautaires en réadaptation du Programme extra-mural et aux Services ambulatoires en réadaptation;
On n'établira pas la priorité des demandes de groupe et des demandes d'évaluation pour des soins de longue durée à l'aide de l'échelle de classement des priorités. On gérera ces demandes à l'aide des Lignes directrices relatives à la gestion des cas.

Qui remplit l'ÉCP?
L'ÉCP doit être remplie et signée par un spécialiste en réadaptation. L'ÉCP remplie fait partie du dossier médical du client.

Qui remplit l'ÉCP pour un client qui nécessite plusieurs fournisseurs de services de réadaptation?
Chaque discipline de réadaptation remplira l'ÉCP pour les clients acceptés pour bénéficier du service, au besoin.

Quand devrait-on remplir l'ÉCP?
Il faut remplir l'ÉCP pendant le processus d'accueil, dès que possible après l'acceptation de la demande de service. Il faut remplir l'ÉCP à ce moment-là à l'aide des meilleurs renseignements disponibles fournis par diverses sources.

Qui recueillera des renseignements pour remplir l'ÉCP?
Dans un effort pour voir à ce que le processus soit le plus efficace, chaque unité ou service déterminera « comment » recueillir les renseignements et « qui » s'en occupe. On peut recueillir des renseignements auprès de diverses sources y compris celles qui suivent, mais sans s'y limiter : client, dossier, documents pertinents ou autres sources.

Si le client est aiguillé vers un autre secteur de service de la même discipline, le résultat qu'il a obtenu à l'ÉCP est-il transféré avec lui?
Le résultat obtenu à l'ÉCP peut être transféré avec le client. La décision d'accepter le résultat transféré ou de recommencer le calcul du résultat de l'ÉCP incombe au spécialiste en réadaptation destinataire.

Comment le résultat de l'ÉCP a-t-il une répercussion sur la gestion des cas?
Les résultats de l'ÉCP se répartiront en trois niveaux : élevé, moyen et faible. Le niveau de l'ÉCP sera considéré comme un des critères de la gestion des cas.

Quand sera-t-il nécessaire de recommencer le calcul du résultat de l'ÉCP?
On peut recommencer le calcul du résultat de l'ÉCP pour une demande individuelle **avant l'intervention** si :

- on signale un changement de l'état du client;
- on fournit des renseignements complémentaires qui modifieraient de façon importante le niveau de priorité établi a l'aide de l'ÉCP.

Que se passe-t-il si le spécialiste en réadaptation ne convient pas du résultat de l'ÉCP?
Pendant la mise en oeuvre initiale du Plan des services de réadaptation, il peut y avoir des cas exceptionnels où le spécialiste en réadaptation peut ne pas convenir que le résultat de l'ÉCP traduise avec exactitude la priorité du client. Dans ces cas-là, le spécialiste en réadaptation doit remplir la formule de validation de l'ÉCP et fournir une explication de la raison pour laquelle le résultat de l'ÉCP ne traduit pas avec exactitude la priorité du client. Bien qu'on ne puisse pas changer le premier résultat de l'ÉCP, le spécialiste en réadaptation peut fournir un service au client en recourant aux Lignes directrices relatives à la gestion des cas. (Voir la formule de validation de l'ÉCP dans le *Guide d'utilisation de l'échelle de classement des priorités*.)

Annexe F

Instructions pour la notation de l'échelle de classement des priorités

INSTRUCTIONS POUR LA NOTATION DE L'ÉCP

SECTION 1: RENSEIGNEMENTS DESCRIPTIFS

Inscrire le nom du client.

Inscrire la date de naissance du client (facultatif).

Inscrire le numéro d'assurance-maladie du client.

Inscrire la discipline du professionnel en réadaptation qui remplit le formulaire.

Inscrire la ou les sources d'information utilisées pour remplir l'ÉCP.

Indiquer si l'ÉCP a été remplie lors d'un contact direct avec le client ou sans contact direct avec le client (*cocher une case seulement*).

Indiquer l'approche prévue pour l'intervention visant le problème principal énoncé ou possible *(cocher une case seulement pour la notation de l'ÉCP).*

Décrire dans la case ci-après le problème principal énoncé ou le problème possible, compte tenu de la préoccupation principale du client.

SECTION 2: CLASSEMENT DES PRIORITÉS

Noter l'incidence globale du problème principal énoncé ou possible sur la capacité de la personne à réaliser ses activités quotidiennes (soins personnels), à contribuer à la société (productivité) et à profiter de la vie (loisirs).

Indiquer le nombre encerclé sur l'échelle adjacente dans la case TOTAL POUR LA SECTION.

Noter les avantages possibles du service pour la personne en tenant compte du succès des interventions précédentes (le cas échéant), des résultats de l'évaluation précédente (s'ils sont disponibles), du stade d'évolution du trouble, des données de recherche et des autres comportements « à risque » ou en matière de santé, de l'état de santé général et du délai depuis l'apparition du problème énoncé.

Indiquer le nombre encerclé sur l'échelle adjacente dans la case TOTAL POUR LA SECTION.

Noter les conséquences possibles d'un retard dans l'administration du service : sécurité physique de la personne, capacité de maximiser les aptitudes fonctionnelles de la personne et risques de détérioration des capacités fonctionnelles.

Indiquer le nombre encerclé sur l'échelle adjacente dans la case TOTAL POUR LA SECTION.

SECTION 3: NIVEAU DE PRIORITÉ

Inscrire la date à laquelle l'ÉCP a été remplie.

Inscrire le nom ou les initiales du professionnel en réadaptation qui a rempli l'ÉCP.

Additionner les notes de chacune des trois cases «Total pour la section» afin de calculer la note totale de l'ÉCP.

Cocher le niveau de priorité qui correspond à la note totale de l'ÉCP.

**Note : Pour connaître la définition des facteurs secondaires de l'ÉCP, veuillez consulter le Guide de l'utilisateur - ÉCP.*

Annexe G

Formulaire de validation de l'ÉCP

Annexe H

Bibliographie pour l'ÉCP

Bibliographie pour l'ÉCP

Documents du gouvernement du Nouveau-Brunswick :

Ministère de la Santé et des Services communautaires. Plan des services de réadaptation, avril 1994.

Ministère de la Santé et des Services communautaires. Trouver un juste équilibre entre le traitement, l'éducation et la consultation. L'importance de l'éducation et de la consultation dans la prestation de services d'audiologie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie. Mai 1996.

Ministère de la Santé et des Services communautaires. Guide d'accès aux services de réadaptation. Service hospitalier ambulatoire en réadaptation et réserve communautaire en réadaptation du Programme extra-mural. Mai 1996.

Ministère de la Santé et des Services communautaires. La prestation de services externes en réadaptation. Juillet 1996.

Ministère de la Santé et des Services communautaires. Mesure de la charge de travail pour l'audiologie, l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie en établissements de soins et en milieux communautaires. Mai 1996.

Ministère de la Santé et des Services communautaires. Instruments de mesure des services en réadaptation. Mai 1996.

Ministère de la Santé et des Services communautaires. Élaboration de lignes directrices relatives à la pratique en réadaptation. Mai 1996.

Documents du gouvernement de l'Alberta :

Alberta Health. A Planning Framework for the Community Rehabilitation Program. January, 1995.

Alberta Province. A Priority Setting Framework for Community Rehabilitation Programs in Alberta Regional Health Authorities. February 1995.

Alberta Province. Results of a Survey of Managers and Program Representatives Regarding the CPR Priority Setting Framework. March, 1996.

Manuels :

Carmines, Edward G, Zeller, Richard A. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences: Reliability and Validity Assessment. California: Sage Publications Inc., 1979.

McDowell, Ian, Newell, Claire. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. Second Edition. New York: Oxford University Press, 1996.

Spector, Paul E. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences: Summated Rating Scale Construction: An Introduction. California: Sage Publications, Inc., 1992.

Articles :

Frankenburg., WK, Sullivan, JW, eds. Identification of At-Risk Infants and Preschool Children. Early Identification of Children At Risk 1985; 13:203-209.

Harris, Susan R, Daniels, Linda E. Content Validity of the Harris Infant Neuromotor Test. Physical Therapy July 1996; Vol. 76. No. 7: 727-737.

Norbeck, JS. What constitutes a publishable report of instrument development? Nursing Research Nov.-Dec. 1995; 34:380-2.

Autres :

Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client, Association canadienne des ergothérapeutes, 1991.